Année 1973 N°

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

XAVIER BICHAT

14

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Patrick CORCELLE

NE LE 8 JUILLET 1945 A NEUILLY SUR SEINE

Présentée et soutenue publiquement le 1973

INSUFFISANCES RESPIRATOIRES AIGUES REVELATRICES D'ENDOFORMATION TRACHEALE

PRESIDENT : MONSIEUR VIC-DUPONT, PROFESSEUR.

Editions de l'AGEMP
8, rue Dante-PARIS Ve

Année 1973 N°

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

XAVIER BICHAT

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Patrick CORCELLE

NE LE 8 JUILLET 1945 A NEUILLY SUR SEINE

Présentée et soutenue publiquement le 1973

INSUFFISANCES RESPIRATOIRES AIGUES REVELATRICES D'ENDOFORMATION TRACHEALE

PRESIDENT : MONSIEUR VIC-DUPONT, PROFESSEUR.

Editions de l AGEMP

8, rue Dante-PARIS Ve

UNIV.
LEIDEN
1956

A mes Parents

A ma Famille

A mes Amis

A Monsieur le Professeur VIC-DUPONT

Médecin des Hôpitaux
Professeur de la Clinique de Réanimation Médicale de la
Faculté de Médecine de Paris

Il m'a fait l'honneur de bien vouloir
accepter la présidence de ma thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de ma
respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé R. TOURNEUR

Médecin des Hôpitaux

Qui m'a permis de réaliser ce travail dans son centre de réanimation.

En témoignage de ma respectueuse reconnaissance.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543902_0012

A Monsieur le Professeur Ph. THIBAULT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

En témoignage de ma reconnaissance
pour l'intérêt qu'il m'a toujours porté
et pour son accueil toujours bienveillant.

A Monsieur le Professeur Agrégé F. COSTE

Au contact duquel j'ai tant enrichi
mes connaissances et dont la rigueur
scientifique a été pour moi un grand
exemple.

A Monsieur le Docteur J. P. GARAIX

qui m'a proposé le sujet de cette thèse
en témoignage de ma reconnaissance pour
ses encouragements, ses conseils et ses
enseignements de chaque jour.

INSUFFISANCES RESPIRATOIRES AIGUES

REVELATRICES D'ENDOFORMATION

TRACHEALE

Les observations qui font l'objet de ce travail proviennent d'une part du service du Professeur TOURNEUR à l'hôpital BICHAT dont le centre de réanimation reçoit les détresses respiratoires, d'autre part des autres services de médecine y envoyant de tels malades en consultation.

Il nous a paru intéressant de ne retenir, pour cette étude, que les malades dont le diagnostic de tumeur de la trachée n'a été porté, à plus ou moins brève échéance, que parce qu'ils avaient présenté une dyspnée plus ou moins intense, plus ou moins ancienne, mais qui restait mal expliquée sur les simples examens cliniques et radiologiques.

Il est donc bien évident qui n'entrent pas dans cette analyse les malades déjà diagnostiqués, en particulier par une autre localisation cancéreuse, le plus souvent oesophagienne ou laryngée.

C'est donc devant cette dyspnée mal expliquée que l'examen capital dans de tels cas, la trachéobronchoscopie, a été pratiquée. Elle a permis de faire ce diagnostic précis d'endoformation trachéale tant morphologique qu'histologique et de mettre en oeuvre la thérapeutique la plus adaptée possible à de telles détresses.

Nous avons pu ainsi sélectionner quinze cas de ces dyspnées mal expliquées, dont la cause était une tumeur trachéale; ce chiffre ne peut nous permettre de déterminer un pourcentage valable de l'étiologie tumorale de ces grandes dyspnées.

Il nous a semblé cependant, d'une façon très approximative, qu'on pouvait le situer autour de deux pour cent de tous les malades hospitalisés pour insuffisance respiratoire aiguë. Le total de ces malades ne pouvant être déterminé que de façon très approximative.

CHAPITRE I

En observant l'ordre chronologique des examens qui sont faits chez de tels malades, la radiographie thoracique est celui qui vient en premier; il nous a semblé raisonnable de classer dans ce premier chapitre les observations des malades présentant une image thoracique anormale et qui pouvait orienter le diagnostic, encore qu'on trouvera deux observations où cette image anormale faisait évoquer une autre affection pulmonaire.

oOo

- OBSERVATION N° 1

Cet homme de 62 ans, obèse, est hospitalisé pour une dyspnée majeure, apparue depuis quelques mois. Cet épisode a été, au départ, étiqueté, asthme et est traité comme tel.

L'examen, à l'entrée, montre effectivement une dyspnée, remarquable par sa durée aux deux temps. S'y associent un syndrome de compression médiastinale et une toux hémoptoïque.

La radiographie thoracique montre une opacité en bande, partant du hile droit et longeant la clarté trachéale.

Les tomographies n'apportent pas de renseignement complémentaire.

La bronchoscopie met en évidence :

1 - une parésie de la bande ventriculaire droite,

2 - une sténose serrée au tiers moyen de la trachée, réduisant la lumière trachéale à une fente antéro-postérieure, les bords de la sténose sont irréguliers, rigides et hémorragiques.

La biopsie n'est pas pratiquée, étant donné le danger hémorragique.

L'aspect est très en faveur d'un envahissement trachéal par un processus malin.

L'examen nécropsique confirmera le diagnostic de cancer épidermoïde.

- OBSERVATION N° 2

Il s'agit d'un homme de 58 ans, qui présente depuis quelques mois une dyspnée d'effort allant en s'accentuant.

On remarque à l'examen une dyspnée aux deux temps, devenant dramatique au moindre mouvement.

Il n'existe aucun autre signe clinique et on ne retrouve aucun antécédent notable.

La radiographie thoracique montre des ombres en cheminée débordant, à droite comme à gauche, l'image du pédicule vasculaire.

A la bronchoscopie on retrouve :

1 - au tiers supérieur de la trachée, un volumineux bombement de la face postérieure qui réduit la lumière à un croissant, sur une longueur de 5 à 6 centimètres.

2 - au tiers inférieur, une rigidité totale de l'ensemble trachéal avec une hypervascularisation considérable de la muqueuse.

Aucun élément biopsiable, mais quelques semaines après, l'examen nécropsique confirmait la malignité de cet envahissement trachéal.

- OBSERVATION N° 3 -

Il s'agit d'un homme de 54 ans qui est hospitalisé dans le service de réanimation, pour une dyspnée d'effort majeure associée à une douleur thoracique et une hyperthermie.

Il n'existe pas d'antécédent pulmonaire ou bronchique connu.

La radiographie pulmonaire montre une opacité arrondie au niveau du hile gauche et une opacité dense et ovalaire en position para trachéale droite.

La bronchoscopie met en évidence un aspect de compression extrinsèque gauche, réduisant la lumière trachéale à la moitié de sa surface au niveau du tiers inférieur.

L'exploration de la base est possible, elle ne montre pas d'anomalie morphologique, mais, une aspiration biopsique faite au niveau du lobe supérieur gauche révèle la présence de cellules malignes dont la texture fait penser à un adénosarcome.

- OBSERVATION N° 4

Il s'agit d'un homme de 46 ans, gros fumeur, qui vient consulter pour une recrudescence de dyspnée et de toux. Cet homme présente des antécédents de bronchite chronique depuis plusieurs années.

L'exploration fonctionnelle respiratoire, qui a pu exceptionnellement être pratiqué, révèle une perturbation de type obstructive non améliorée par l'isoprénaline.

A la radiographie pulmonaire on remarque une opacité dense, relativement homogène, s'étendant du pôle supérieur du hile droit à la région rétroclaviculaire.

La bronchoscopie met en évidence une volumineuse masse, partiellement encéphaloïde, obstruant les deux tiers de la lumière trachéale à l'union tiers-moyen tiers - inférieur.

La biopsie révèle un carcinome épidermoïde.

Le traitement par radiothérapie ne peut empêcher le décès au bout de huit semaines.

- OBSERVATION n° 5

Homme de 53 ans, hospitalisé en réanimation pour une dyspnée majeure, s'accompagnant d'un wheezing - les premiers phénomènes remontant à à peu près un an.

Sur la radiographie, on constate une vaste plage opaque, occupant la quasi totalité du lobe supérieur gauche. Cette image oriente alors vers une pneumopathie aiguë qui fait mettre en oeuvre un traitement antibiotique. L'absence de régression tant des signes fonctionnels que radiologiques, fait pratiquer une bronchoscopie.

Celle-ci met en évidence, au tiers inférieur de la trachée, un envahissement par un processus infiltrant massif, réduisant la lumière à une fente sagittale infranchissable.

Pas de biopsie du fait du danger hémorragique et de la quasi certitude du diagnostic.

- OBSERVATION N° 6

Homme de 61 ans, adressé dans le service pour une dyspnée d'effort récente, avec toux spasmodique et tirage.

A la radiographie pulmonaire, on note une discrète opacité de la partie interne du sommet droit.

La bronchoscopie montre une énorme masse implantée sur la face droite de la trachée, au niveau du tiers moyen réduisant la lumière à un mince croissant à concavité droite; l'ensemble est rigide, irrégulier et hémorragique.

La biopsie met en évidence un épithélioma malpighien peu différencié.

- OBSERVATION N° 7

Homme de 38 ans, hospitalisé pour une pneumopathie de la base droite récente de type subaiguë, mais chez lequel on remarque particulièrement une dyspnée d'effort, mal expliquée par le territoire pulmonaire atteint relativement restreint. En outre, toux hémoptoïque.

La bronchoscopie pratiquée, met en évidence à la jonction du tiers moyen-tiers inférieur de la trachée d'importantes masses verruqueuses, occupant toute l'hémicirconférence droite de la lumière, la plus volumineuse

de ces formations est mobile avec le flux ventilatoire. L'ensemble est fortement hémorragique.

La biopsie montre un carcinome épidermoïde différencié.

Traitement par radiothérapie, interrompu du fait d'importantes hémoptisies.

Décès rapide.

oOo

Sur ces sept cas, l'image pulmonaire anormale dans le contexte fonctionnel orientait cinq fois vers le diagnostic définitif.

Deux fois, au contraire, on les avait considéré, dans un premier temps, comme des pneumopathies à pyogènes banaux.

Chaque fois, l'endoscopie a permis le diagnostic de tumeur endo-trachéale dont la malignité a été confirmée quatre fois par la biopsie, deux fois par un examen nécropsique et pour le dernier cas, le malade a été perdu de vue.

oOo

CHAPITRE II

Nous avons rassemblé dans ce deuxième chapitre les malades de notre étude qui présentent une image thoracique normale.

C'est en effet sur eux qu'il paraît raisonnable d'attirer tout particulièrement l'attention. Chez un malade dyspnéique la radiographie thoracique normale est classiquement un élément rassurant et le diagnostic va s'orienter vers une affection fonctionnelle; on verra en effet que, bien souvent, le diagnostic d'asthme a été porté chez les malades de cette série.

C'est parmi ceux-ci que nous avons trouvé deux masses tumorales qui n'étaient pas malignes : un épistome et une tuberculose trachéale végétante; le diagnostic précis est d'autant plus important que dans ces deux cas une thérapeutique valable a pu être proposée.

- OBSERVATION N° 8

Homme de 64 ans, hospitalisé dans le service pour un syndrome de suppuration bronchique déjà ancien et une dyspnée apparu récemment, qui lui interdit tout effort.

L'examen montre une dyspnée aux deux temps et un tirage. La clinique n'apporte aucun autre renseignement, en particulier l'auscultation pulmonaire ne laisse entendre que des ronchus aux deux bases.

Devant cette dyspnée mal expliquée par la suppuration bronchique, on pratique une bronchoscopie qui montre un énorme éperon trachéal, irrégulier figé, recouvert par une muqueuse épaisse, hémorragique, verruqueuse à certains endroits.

Biopsie au niveau de l'éperon : il s'agit d'un carcinome épidermoïde.

Un traitement par chimiothérapie et corticoïdes n'amène qu'une amélioration momentanée. Le malade décède quelques mois après.

- OBSERVATION N° 9

Homme de 58 ans, hospitalisé en chirurgie pour un syndrome abdominal aigu. Nous ne possédons aucun renseignement sur ses antécédents.

A l'examen clinique, polypnée même au repos, tirage sus sternal; l'image thoracique est normale.

La bronchoscopie est pratiquée en urgence, du fait de l'importance de la dyspnée : à trois centimètres sous le larynx la trachée cervicale est pratiquement obstruée par une importante formation encéphaloïde irrégulière, rigide, ne laissant qu'une mince bande de ventilation latérale.

La biopsie n'est pas pratiquée, étant donné le danger qu'elle présente, nous avons été ultérieurement informés du décès rapide de ce malade. Le diagnostic de tumeur maligne est donc des plus vraisemblables.

- OBSERVATION N° 10

Homme de 54 ans, adressé en consultation pour une dyspnée récente s'accompagnant de toux hémoptoïque.

Il n'existe pas de dyspnée au repos, mais le moindre effort est pénible. Cet état n'existe que depuis quelques mois.

L'examen clinique n'apporte pas de renseignement complémentaire. La radiographie pulmonaire est normale.

La bronchoscopie montre un éperon trachéal très épais, irrégulier et rigide. L'orifice de la bronche souche gauche est rétrécie et irrégulier.

La biopsie montre qu'il s'agit d'un épithélioma peu différencié.

Le malade est ensuite perdu de vue.

- OBSERVATION N° 11

Il s'agit d'un homme de 62 ans qui nous a été adressé par le service ORL d'un hôpital voisin où il avait été transporté pour une dyspnée haute.

L'examen laryngé avait montré une paralysie des cordes vocales en adduction; une trachéotomie d'urgence avait été pratiquée. La radiographie pulmonaire était normale.

Malgré la prothèse, la dyspnée persistait, ce qui avait justifiés son transfert au centre de réanimation.

La bronchoscopie montre que la trachée est envahie dès les premiers centimètres sur sa face antérieure par une formation encéphaloïde et molle.

Entre trois et cinq centimètres en dessous, on retrouve sur la face droite du conduit une formation semblable venant obstruer la moitié de la lumière.

On procède à une biopsie qui identifie un épithéliome épidermoïde.

On remplace la canule de trachéotomie par une sonde de Magyl; allant au delà des formations néoplasiques. Malgré un traitement physiothérapique le malade décédera dans les mois suivants.

- OBSERVATION N° 12

Homme de 47 ans qui présente depuis quelques semaines une dyspnée d'effort, ponctuée de deux grandes crises qui ont été traitées pour asthme (Théophylline et corticoïdes) sans grand résultat.

D'autre part, il existe une toux spasmodique avec expectoration muqueuse et parfois hémoptoïque.

Il n'y a aucun antécédent respiratoire chez lui, en particulier ni équivalent ni allergie familiale.

Rien à signaler par ailleurs à l'examen clinique. Les radiographies pulmonaires sont normales.

Bronchoscopie : à six centimètres sous le larynx, la face postérieure gauche de la trachée est envahie par une masse mollasse hémorragique faisant fortement saillie dans la lumière, la réduisant à un croissant à concavité postérieure gauche.

La biopsie montre qu'il s'agit d'un épistome carcinoïde.

Le malade est opéré : on pratique chez lui une résection trachéale étendue qui nécessite une greffe type GEBAUER; bon résultat immédiat; disparition de la dyspnée.

Un mois après, alors que le malade est rentré chez lui, lachage de suture brutal. Décès rapide.

- OBSERVATION N° 13

Homme de 67 ans, traité à l'âge de 62 ans, pendant dix huit mois, pour une tuberculose pulmonaire du sommet droit : guérison apparente.

Il présente depuis six mois des crises de dyspnée d'effort diagnostiquées asthmatiques. L'apparition d'expectoration hémoptoïque alors que l'image reste inchangée (cicatrice apicale droite) et que la bacilloscopie reste négative; fait pratiquer une bronchoscopie.

Cette dernière montre au niveau du tiers inférieur de la trachée, la présence d'une masse irrégulière et verruqueuse réduisant la lumière à un croissant à concavité postérieure.

Tendance très hémorragique.

Biopsie : épithélioma malpighien peu différencié.

Décès quelques semaines après.

- OBSERVATION N° 14

Cet homme de 62 ans est soigné depuis un an pour asthme.

Il présente, en réalité, une dyspnée aux deux temps.

L'examen clinique ne met en évidence que quelques rales humides des deux bases et un tirage sus sternal modeste. La radiographie pulmonaire est normale et on pratique devant ce tirage une bronchoscopie.

L'éperon trachéal est énorme; il bombe largement à droite et à gauche, réduisant l'orifice de la bronche souche droite à une fente ovalaire; l'orifice de la bronche souche gauche est partiellement obstrué par une formation muciforme, polylobée, hémorragique.

Le cytodiagnostic montre qu'il s'agit d'un cancer de type anaplasique.

L'état cachectique du malade ne permet d'envisager qu'un traitement par chimiothérapie. Il décède dans les semaines qui suivent, dans un tableau asphyxique majoré par d'importantes hémoptysies.

- OBSERVATION N° 15

Femme de 69 ans, qui présente depuis quelques mois une suppuration bronchique dyspnéisante, traitée par antibiotiques et corticoïdes avec un résultat non négligeable. Cependant, elle est prise d'une grande crise dyspnéique au milieu de la nuit.

Etat quasi asphyxique, polypnée à deux temps, très rapide, tirage susternal et sus claviculaire; on décide de pratiquer une bronchoscopie d'urgence malgré l'opposition de la malade.

Dans le tiers inférieur de la trachée, implantée sur l'éperon trachéal, il s'agit d'une volumineuse formation végétante, s'engageant à droite comme à gauche dans les bronches souches, pendant le temps inspiratoire.

Devant l'urgence on enlève à la pince une partie de ces formations végétantes, ce qui amène une régression considérable de la dyspnée.

Les prélèvements envoyés à l'anatomopathologiste montrent qu'il s'agit de formation tuberculeuses.

Un traitement par antibiotiques spécifiques et corticoïdes amène une régression spectaculaire des signes fonctionnels.

Au bout de trois mois, il ne persiste sur l'éperon trachéal qu'une zone ombiliquée, nacrée, évoquant une cicatrice de tuberculose bronchique.

Ce qui nous paraît remarquable dans cette série, c'est la difficulté du diagnostic clinique.

Quatre de nos malades avaient été diagnostiqués asthme, un suppuration bronchique, un syndrome laryngé, un syndrome abdominal aigu et un était resté sans diagnostic.

C'est devant ce tableau :

- dyspnée, tirage, image pulmonaire normale qu'on pense à la possibilité d'une obstruction d'un gros tronc et que l'on pose l'indication de l'endoscopie.

oOo

CHAPITRE III

DISCUSSION

L'étude de ces quinze observations semble prêter à de nombreux commentaires.

I - SUR LE PLAN ANAMNESIQUE

Il est d'abord à remarquer que trois de ces malades sur les quinze présentaient une affection bronchopulmonaire connue et ancienne : deux bronchopneumopathies chroniques et une tuberculose pulmonaire.

C'est donc sur une dyspnée préexistante connue et ancienne que vient se greffer une grande crise d'insuffisance respiratoire, ce qui rend le diagnostic d'autant plus délicat que le malade ne s'en inquiète guère, habitué qu'il est déjà à cette dyspnée d'effort.

Il est en effet bien connu que la bronchopneumopathie chronique évolue par poussées déclenchées par une infection virale ou à pyogènes banaux.

Il nous paraît intéressant de souligner qu'il faut être méfiant lorsque la poussée de bronchopneumopathie apparaît au cours de la belle saison (c'est le cas de l'observation n°4, où la poussée survient en plein été).

L'expectoration hémoptoïque est aussi un facteur qui doit rendre prudent (comme le montre l'observation n° 13). Nous retrouverons d'ailleurs cette notion importante de l'expectoration hémoptoïque chez trois malades qui ne présentaient aucun antécédent bronchopulmonaire (observations 1, 7 et 10).

Quel que soit le passé de nos malades il est à remarquer la très grande prédominance du sexe masculin, ce qui ne saurait surprendre puisque la

nature histologique de ces tumeurs est le plus souvent (treize fois sur quinze) un cancer trachéal dont la fréquence est bien supérieure chez l'homme que chez la femme.

L'âge de ces malades présente également une assez grande homogénéité Il s'étage entre 46 et 69 ans pour quatorze des malades, seul le malade de l'observation n° 7 est nettement plus jeune puisqu'il n'a que 38 ans.

Quant à la date d'apparition de la dyspnée, elle est souvent difficile à préciser. Outre que la plupart des malades qui nous occupent, même lorsqu'ils ne présentent pas de passé de bronchopathies chroniques, sont sujets à voir diminuer d'une façon physiologique leurs possibilités respiratoires, on comprend aisément que l'installation de la tumeur dans la lumière trachéale d'une façon progressive n'entraîne que petit à petit une gène permanente dont le malade n'arrive pas à situer le début dans le temps.

2 - SUR LE PLAN CLINIQUE

Tous nos malades ont présenté une dyspnée, soit qu'elle existat déjà et qu'elle se soit majorée, soit qu'elle apparût peu de temps avant l'épisode ayant motivé l'examen.

Dans treize cas sur quinze, cette dyspnée avait un caractère un peu particulier, à savoir qu'elle n'était pas purement expiratoire comme dans les syndromes dyspnéiques de type asthmatiforme mais qu'elle existait aux deux temps.

A noter cependant que, s'il est aisé de faire cette distinction lorsque le malade présente une polypnée moyenne, il devient particulièrement difficile de remarquer la prédominance de la gène respiratoire lorsque le rythme dépasse, comme quelques fois, cinquante ou soixante à la minute.

L'auscultation, dans les cas étudiés, a été le plus souvent décevante. Les bruits bronchiques existaient parfois aux deux temps, parfois au temps inspiratoire, parfois au temps expiratoire.

Du reste la variance était grande d'un moment à l'autre, et avec l'effort. C'est dire qu'on ne peut guère en tenir compte, en gardant cependant

une certaine méfiance lorsque les bruits musicaux semblent dominer pendant le temps inspiratoire.

Un élément clinique par contre, apparaît extrêmement important : c'est le tirage, que l'on a trouvé presque toujours chez ces malades, surtout au moment de l'effort brusque lorsque la polypnée devient intense.

La plupart des auteurs signalent dans le cancer trachéal une assez grande proportion de parésie ou de paralysie d'une corde vocale. Dans la série que nous avons étudiée, nous n'avons observé qu'une seule atteinte laryngée (observation n° 11).

Les autres signes observés à l'examen clinique (cyanose, mobilité diaphragmatique...) sont trop inconstants et trop variables pour qu'on puisse en tirer quelques enseignements.

Nous avons été frappé par l'existence chez quatre de nos malades, de grandes poussées régressives de dyspnée, soit spontanément soit par des médications visant à supprimer un élément asthmatiforme diagnostiqué par erreur. La cause de telles crises régressives est difficile à expliquer : soit qu'il s'agisse d'un élément inflammatoire banal venant majorer la sténose organique provoquée par la tumeur, soit qu'il s'agisse d'un véritable bronchospasme apparaissant par moments sur le fond de dyspnée obstructive. L'élément polypnéique devient certainement à un moment un facteur agravant de l'insuffisance respiratoire, nous n'en voulons pour preuve que l'amélioration apportée par l'oxygénothérapie simple dans un certain nombre de cas.

Il va sans dire que les trois cas présentent cliniquement un syndrome de compression médiastinale, permettaient un diagnostic des plus vraisemblables avant l'endoscopie même.

3 - SUR LE PLAN RADIOLOGIQUE

Nous avons fait la distinction entre ceux qui présentaient une image pulmonaire anormale, déjà évocatrice, et ceux qui gardaient un aspect radiologique physiologique.

Grossièrement la proportion moitié-moitié dit assez combien il serait illusoire de récuser le diagnostic de tumeur trachéale du fait d'une image normale.

Encore qu'il soit impossible de systématiser les images anormales, on peut cependant penser que l'aspect le plus évocateur est celui de ces opacités en cheminée qui encadrent et débordent la clarté trachéale, soit uni soit bilatéralement. Elles figurent vraisemblablement l'infiltration néoplasique péritrachéale; l'existence d'opacités ganglionnaires n'est pas non plus exceptionnelle.

Rappelons cependant que les deux cas de notre étude de tumeurs non maligne ne présentaient aucune anomalie radiologique.

Il nous a cependant été le plus souvent impossible de préciser par l'endoscopie ce qui se passait en amont de la tumeur; nous ne pouvons pas affirmer qu'une partie de ces images ne sont pas dues à des phénomènes de dysaération secondaire à des endoformations bronchiques.

Dans de tels cas, il serait bien tentant d'envisager de visualiser la lumière trachéale par une substance de contraste. Il faut bien se garder d'employer cette technique; la lumière parfois très exigue, laminée par la tumeur serait aisément obstruée par la substance radio opaque et entraînerait à coups sûr une grande détresse respiratoire; vraisemblablement terminale.

4 - SUR LE PLAN ENDOSCOPIQUE

L'élément tumoral est bien entendu constant. Il semble qu'un développement suffisant de la masse dans la lumière soit indispensable pour qu'apparaisse la crise dyspnéique. Quant on sait que le débit varie comme le carré du rayon, on comprend aisément qu'une petite différence de développement de la tumeur amène une importante variation des débits inspiratoires et expiratoires.

Il est bien entendu impossible de déterminer exactement à quel niveau de réduction de la lumière apparaît la grande dyspnée. Il semble cependant

raisonnable de penser qu'une réduction de moitié constitue un seuil de tolérance de la tumeur.

Le siège de la formation est très variable; les localisations au tiers inférieur et à l'éperon apparaissent cependant les plus fréquents (neuf fois sur quinze). Une chose, en tous cas, est certaine c'est que l'atteinte de l'éperon trachéal qui s'oedématie et rétrécie du même coup les bronches souches, amène plus rapidement une dyspnée que lorsque la tumeur siège plus en amont.

La forme et l'aspect de ces tumeurs ne présentent aucune homogénéité on trouve aussi bien une infiltration sténosante qu'une masse unique souvent encéphaloïde, que des discéminations verruqueuses étagées sans qu'on puisse donner une préférence numérique à une de ces formes.

L'élément hémorragique est quasiment retrouvé à l'examen endoscopique de tous ces malades, c'est un fait qui cadre avec ce que l'on connaît des tumeurs trachéo-bronchiques. Ici cependant, dans les tumeurs trachéales étendues, il nous a été souvent donné de reculer devant le geste biopsique en raison du risque hémorragique, qui même faible fait courir un danger certain en obstruant la lumière aérienne déjà si réduite. Dans de tels cas on se contentera d'un frottis qui devrait permettre au minimum un diagnostic de malignité. Quant aux résultats de ces prélèvements, ils sont, comme il fallait s'y attendre, en faveur de tumeurs malignes. Sur les quinze cas envisagés, rappelons que treize fois il s'agissait d'épithéliomas, une fois d'épistome et une fois de végétations tuberculeuses.

Nous sommes mêmes persuadés d'avoir affaire à une série heureuse et que sur un grand nombre de cas que le pourcentage des tumeurs malignes sera très supérieur de 86 % observés dans notre travail.

oOo

CHAPITRE IV

RESULTATS

Il est bien certain que le pronostic des cancers trachéaux est déjà redoutable de lui même; on peut penser que ces manifestations d'insuffisance respiratoire aiguë viennent encore assombrir ce pronostic. Dans la plupart des cas, elles vont constituer une phase terminale dans l'évolution de ces cancers passés jusque là inapperçus. On se trouve le plus souvent devant le problème que présente les malades en hypoxémie-hypercapnie.

L'organicité irréversible du processus, si on excepte bien entendu nos deux cas de tumeurs non malignes empêche d'appliquer à ces malades des méthodes de ventilation assistée qu'on employait chez les mêmes sujets dont la cause de l'insuffisance respiratoire serait toute autre. La ventilation assistée, du fait de la réduction de calibre trachéal ne pourrait être envisagée qu'avec une prothèse allant au delà de la sténose; la pose d'une telle prothèse dans un tissu néoplasique est impossible. Cette ventilation assistée ne saurait, du reste, mise en oeuvre qu'avec l'espoir bien faible, de pouvoir obtenir une régression plus ou moins durable de la tumeur maligne par un processus physio ou chimiothérapique.

Certains auteurs ont eu cependant, provisoirement du moins, des résultats heureux par une intervention chirurgicale essayant de réséquer la tumeur. La grande dyspnée ou l'état général de nos malades ne nous a pas permis, dans cette série, d'avoir recours à la chirurgie.

Néanmoins, certains malades ont été assistés du point de vue ventilatoire, l'indication ayant été posée sur la détresse respiratoire sans qu'on en ait déterminé la cause; une telle façon de faire ne peut entraîner que des

déboires. Nous avons le souvenir d'un malade ainsi ventilé alors qu'il présentait un cancer méconnu de la bronche souche droite; au deuxième jour de ventilation assistée, il se produisit une rupture bronchique au niveau de l'implantation néoplasique et le malade mourut rapidement dans un tableau de compression médiastinale par l'air pulsé qui s'engouffrait par la brèche.

Quant aux deux cas exceptionnels, non malins de notre étude, ils ont pu, bien entendu, bénéficier du maximum des possibilités actuelles. Un fut guéri momentanément par une résection de la portion de la trachée où était implantée la tumeur et par une greffe de type Gebauer (la résection ayant porté sur une trop grande longueur pour permettre une suture bout à bout des deux segments trachéaux). Le lâchage de suture tardif devant être considéré comme un accident et non comme une condamnation de la méthode.

L'autre cas : une tumeur végétante tuberculeuse, après une ablation à la pince d'une partie obstruant la lumière trachéale fut parfaitement guéri par un traitement antibiotique spécifique sans laisser de séquelle, tant de la maladie elle même, que de la fonction respiratoire.

oOo

CONCLUSIONS

L'insuffisance respiratoire sévère d'un certain nombre de malades est due à une tumeur trachéale, jusqu'ici ignorée.

Nous avons pu en relever quinze cas qui font le sujet de l'étude précédente.

Ces malades présentent dans un quart des cas un passé de dyspnéique dont l'étiologie connue est une bronchopneumopathie chronique, des séquelles de tuberculose, de l'asthme. Au moment de l'examen, la dyspnée, d'un type un peu particulier observée d'une façon quasi constante aux deux temps de la respiration et s'associant à un tirage, constitue le tableau clinique retrouvé chez tous ces malades.

La moitié des sujets étudiés présente une anomalie de l'image pulmonaire qui peut faire suspecter, dans la plupart des cas, l'existence d'une tumeur maligne trachéale; dans quelques cas l'image égarre complètement le diagnostic.

L'autre moitié ne présente aucune anomalie radiologique, et c'est le plus souvent le diagnostic erroné d'asthme qui est porté pour expliquer cette dyspnée parfois paroxistique. Mais c'est la trachéo-bronchoscopie qui peut seule permettre le diagnostic de ces tumeurs trachéales; il s'agit le plus souvent de cancers primitifs de la trachée; les deux cas non malins de notre série étant représentés par un épistome et une tuberculose végétante.

Quant au pronostic de l'affection, il est des plus sombres, sur nos quinze cas étudiés; les deux seuls succès thérapeutiques ont été obtenus dans les tumeurs non malignes, encore que l'épistome opéré ait fait tardivement un lachage de suture ayant entraîné la mort.

Pour ce qui est des malades présentant des tumeurs malignes, qu'ils aient ou non bénéficiés des techniques de réanimation, leur décès est survenu au cours de leur hospitalisation, très souvent dans un laps de temps très court.

oCo

BIBLIOGRAPHIE

- ABOULKER P., LISSAC J. et SAINT PAUL O.

  Le laryngologiste et les données actuelles du traitement des insuffisances respiratoires aiguës.
  Arnette ed. Paris 1959

- BALMES A., CHARDENON P. et LE ROY LADURIE M.

  Etude bronchoscopique des tumeurs bronchopulmonaires primitives.
  Montpellier Med. septembre octobre 1961, 104, n°2, 102-106

- BARGETON D., BARRES G., LEFEBVRE des NOUETTES R. et GAUGE P.

  Mesure de la résistance des voies aériennes de l'homme dans la respiration normale
  Jour. de Physio. 1957n 49, 37

- BARIETY M., DELARUE J., PAILLAS J. et RULLIERE J.

  Les carcinomes bronchiques primitifs
  Masson et Cie Ed. Paris 1967

- BARIETY M., PAILLAS J. et LEVY M.

  La trachée et les bronches cartilagineuses
  Masson et Cie Ed. Paris 1951

- BARIETY M., RULLIERE R. et HORS J.

  La bronchoscopie et les prélèvements d'origine bronchique dans le diagnostic des carcinomes bronchiques primitifs
  Gazz. hop. 10 juin 1964, 136, n°16, 771-788

- BARON F., CORNET E., KERNEIS J. P. et DUPON H.

  Tumeurs de la trachée (reflexions sur douze cas)
  Les bronches, 1961, XI, 3, 361-366

- BAUMANN J.

  La respiration artificielle en réanimation respiratoire
  Acta anesth. 1958, n°VIII

- BERNARD E., SOULAS A.

La place de la bronchoscopie dans la thérapeutique de la dyspnée due à une insuffisance respiratoire
Rev. Med. Suisse Rom. Mai 1960, n°80

- BRINDLEY G. V. Jr.

Cancer bronchogénique simulant une affection pulmonaire bénigne
Arch. surg. nov. 1954, 69, n°5, 740-745

- BRUN J.

Urgences respiratoires et cardiopulmonaires
Masson et Cie, ed. Paris 1966

- BRUN M.

Les sarcomes primitifs de la trachée
Thèse Montpellier 1943, 72

- BOURGEOIS P.

Maladies de l'appareil respiratoire
Ed. Médicales Flammarion, collection à révision annuelle

- BOURGEOIS P., GARAIX J. P.

Indications et limites de la trachéotomie chez les bronchopneumopathies en grande insuffisance respiratoire
Sem. des Hop. 26 mars 1963

- BOURGEOIS P.

Une année d'activité d'un centre de réanimation respiratoire
Journées de Pneumologie de l'hop. Bichat 1961

- CARA M.

Syndromes d'insuffisance respiratoire
Agressologie 1958, n°75

- CORBETTA L. et ZIBORDI F.

Bronchites chroniques et néoplasies de l'arbre bronchique. Nécessité de l'examen bronchoscopique systématique
ORL Ital 1962

- DELARUE J., PAILLAS J.

Classification anatomopathologique des cancers bronchiques
1954, 243-272

- DRAGUSSEAU P.

Le dépistage bronchoscopique du cancer bronchique dans un service de pneumo-phtisiologie
Thèse Paris 1963, n°190

- DUBOST C., EVRARD C. et THOMERET G.

Les résections de la trachée pour tumeur, à propos de 3 observations.
Ann. Chir. Thor. 1970, 2, 233

- EVRARD C.

Contribution à l'étude des tumeurs de la trachée, à propos de 18 cas
Thèse Paris 1965, 767

- GARAIX J. P., BOURGEOIS P.

Adaptation de l'endoscopie trachéobronchique à la réanimation respiratoire.
Jour. Med. et Chir. Thor. 1963, 17,7

- GARAIX J. P., COSTE F., BOURGEOIS P. et TOURNEUR R.

Détresses respiratoires révélatrices d'une tumeur trachéo bronchique
Ann. Med. Interne oct. 1969, 120, 10, 633-635

- GARAIX J. P., COSTE F.

Conduite du traitement d'une insuffisance respiratoire aiguë dans les affections thoraciques.
Vie. Med. dec. 1969/1, 39, 4995-5008

- GARAIX J. P.

Place de l'endoscopie en respiration assistée
Journées de pneumologie de l'hop. Bichat oct. 1961

- GICQUIAU N.

L'insuffisance respiratoire aiguë révélatrice d'une tumeur broncho-pulmonaire
Thèse Paris 1966

- HUGUENIN R., HUET P.C., LEMOINE J. M. et FAUVET J.

Les cancers de la trachée (25 obs.)
Bulletins et mémoires de la société de med. des hop. de Paris
1954, 70, 335-340

- IOANNOU J.

La bronchoscopie dans le diagnostic du cancer bronchique
Sem. Hop. Paris 14 avril 1963, 39, n°1914, 906-913

- KLOTZ P. L.

Les tumeurs malignes primitives de la trachée
Gaz. Hop. 1962, 13, 557-564

- LALLEMANT Y

Un procédé de broncho-aspiration au lit du malade
Ann. d'ORL, Paris 1957

- LANAL P., BONNEAU H., PAYAN H., COLLONNA D'ISTRIA J.C.
LIEUTAUD R., KLEISBAUER A.

Les tumeurs malignes de la trachée, à propos de 14 observations
Les bronches 1961, IX, 3, 299-315

- LEGENDRE S.

Les épithéliomas de la trachée
Thèse Paris 1954, 34

- LEMOINE J. M., VASSELIN M.

La fréquence relative des cancers trachéaux
Les bronches 1961, XI, 3, 334-336

- LEMOINE J. M., FABRE Ch.

L'examen bronchoscopique après les hémoptisies. Etude de 1482 cas
Jour. fr. de Med. et chir. Thor. 1971, XXV, 6, 621-629

- LEMOINE J. M.

La bronchoscopie des tumeurs bronchiques
Rev. Praticien 11 juin 1952, 2, n°17, 1067-1071

- LEMOINE J. M.

Les causes d'erreurs dans le diagnostic des cancers bronchiques primitifs.
Rev. Med. Suisse Rom. Janvier 1960, 80, n°1, 50-51

- LEMOINE J. M.

Le drainage broncho pulmonaire
Les bronches 1951, 6

- LEMOINE J. M.

Les cancers bronchiques primitifs des hommes (1000 malades)
Les bronches 1972, XXII, n°4, 191-219

- LEMOINE J. M., FAUVET J., PIERRART A., DELORD M.

Les cancers bronchiques primitifs à image thoracique normale
Journ. Fr. de Med. et Chir. Thor. 1960, 14, 121

- MARMET A., VARIN E., HERTZOG P., HASSAN A.

Dépistage des néoplasmes bronchiques par la bronchoscopie
Rev. tub. 1948, 12, n°5-6, 343-347

- MATHEY J., BINET J. P., DENIS B., OUSTRIERES G. et FREDET J.

Chirurgie des tumeurs primitives de la trachée
Les bronches 1961, XIX, 3, 256-280

- MOLLARET P., BASTIN R., GOULON M., RAPIN M., LISSAC J., POCIDALO J. J.

Le traitement de l'insuffisance respiratoire aigue.
32e congrès francais de médecine, Masson ed.

- MONSALLIER J. P.

Vade mecum de réanimation respiratoire
Masson Ed.

- MONDELEER P.

Désobstruction des voies respiratoires
Acta anesth. belge, dec. 1960

- OUDET P., BURGHARD G. et RUEBSAMEN G.

Les signes de certitude des cancers primitifs des bronches. Leur étude bronchologique
Strasbourg Med. aout; sept. 1957, 8, n°8, 613-624

- PIAGET F.

Tumeurs bénignes de la trachée
Ann. Oto; laryng. 1966, 83, 182-185

- PIETRANTONI L. et ROMAGNOLI M.

Diagnostic précoce du cancer des bronches
Rev. Laryng. Mars - avril 1960, 81, n°3-4, 285

- RENAULT P., GALEY J.J., DUBOIS DE MONTREYNAUD J.M., KOCHMAN S., ROUSSIA F., BUREAU G.

Chondrome trachéal
Jour. Fr. Med. et chir. thor. 1971, XXV, 5, 481-486

- ROSSIER Ph., BUHLMANN A., WIESINGER K.

Physiologie et physiopathologie de la respiration
Delachaux et Niestle, 1962

- RULLIERE R.

Carcinomes de la trachée
EMC Poumons 1968, 5, 6022 E 10

- SADOUL P., LACOSTE J., PETIT J.M.

Physiopathologie de l'insuffisance respiratoire
32e congrès franc. de Med. Masson ed.

- SANTI P., GALY P. et TOURAINE R.G.

Le diagnostic du cancer des grosses bronches du début
J. Med. Lyon 20 mars 1954, 35, n°821, 245-251

- VAN ROOMEN J.

Le plan de l'endoscopie trachéo-bronchique en réanimation respiratoire
Thèse Paris 1963.

- VIC DUPONT V., COULAUD J.P., SEKELY A.M.

Les syndromes asphyxiques au cours des pneumopathies aigues infectieuses de l'adulte.
Jour. de réanimation de l'hop. Cl. Bernard Lib. Arnette Paris 1967

- VIC DUPONT V.

Indications générales de l'oxygénothérapie
Cahiers de collège de Med. des Hop. de Paris
Expansion scientifique, aout 1960, n°8

- VIDAL J., PAGES A., MICHEL F.B., BALDET P., SALAGER J.

Difficultés de diagnostic anatomo clinique des tumeurs malignes de la trachée.
Les Bronches 1968, XIX, 2, 173-184

- La place nosologique des adénomes bronchiques de Jackson
Rapport du 4e congrès de l'association internationale pour l'étude des bronches
Genève 1954 - in les Bronches 1954, 4, 189-234

Vu le Président de Thèse

Pr. VIC DUPONT

Vu le Doyen de la Faculté
Xavier BICHAT

Pr. BAUMAN

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET